Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand)

Die Behandlung der Arthritis deformans des Hüftgelenks

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Von

Rudolf Lohse
approb. Arzt aus Salzwedel

Tag der Promotion: 4. Februar 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Rubner**
Referenten: Prof. Dr. **Köhler**
Prof. Dr. **Hildebrand**

Die Behandlung ist in der Hauptsache eine symptomatische; sie erstrebt Linderung der Schmerzen und Beseitigung der Funktionsstörung. In Frühfällen hat sie die Aufgabe, das Fortschreiten des Prozesses aufzuhalten und die Kranken möglichst lange leistungsfähig zu halten. Die Allgemeinbehandlung nahm früher eine bedeutendere Stellung in der Therapie ein als heute. In allgemein diätetischer Beziehung werden reichliche Ernährung und Abhaltung äußerer Schädlichkeiten angeraten. Nach Schüller sind kalkhaltige Nahrungsmittel untersagt, da die Arthritis deformans auf einer Störung des Kalkstoffwechsels beruhe, bei welcher es zu vermehrter Kalkablagerung in den Gelenken komme.
Zur medikamentösen Behandlung hat die Mehrzahl der Autoren wenig Zutrauen. Die Darreichung von Jodkali hat sich noch am längsten gehalten. Die Adrenalin-Therapie (Gaisböck) zeitigte keine Erfolge. Intravenöse Injektion von Knorpelextrakt (Heilner, Umber) wird vor allem beim chronischen Gelenkrheumatismus, dagegen erst in zweiter Linie bei der Arthritis deformans empfohlen. Langdauernde Thymus-Darreichung (Nathan) mit Ruhe, nahrhafter Kost und verständiger aktiver Behandlung soll immer ausgesprochene Besserung, wenn nicht sogar Heilung bringen.

Die Radiumtherapie vermag Arthritiden im Senium wenig oder gar nicht zu beeinflussen. Die Monarthritis-deformans gibt eine ungünstige Prognose (Gudzent).

Badekuren werden meistens zusammen mit medikomechanischen Uebungen und Massage verordnet. Sie bewirken mehr eine subjektive Besserung; einen Einfluß auf die Rückbildung der anatomischen Veränderungen haben sie nicht.

Wirksamer als durch die Allgemeinbehandlung können die Beschwerden durch lokale Behandlung gelindert, und in Frühfällen manchmal Stillstände herbeigeführt werden.

Hyperämie wirkt auffallend günstig auf die Schmerzen ein. Sie macht auch die Weichteile des Gelenkes geschmeidiger und saftreicher und ist daher ein unentbehrliches Hilfsmittel bei der medikomechanischen Behandlung. Auch zur Beseitigung akut entzündlicher Zustände und zur Resorption von Gelenkergüssen wird die Hyperämie mit Vorteil verwendet. Hyperämie wird erzeugt durch Prießnitzsche und Fango-Umschläge, durch heiße Sitzbäder, Sand- und Heißluftbäder, Diathermie und Biersche Stauung.

Hand in Hand mit der Hyperämiebehandlung geht die Uebungstherapie einher. Die Umbildung im Sinne des einachsigen Gelenkes und die Versteifung durch Verschränkung der Osteophyten soll durch methodische Bewegungsübungen verhindert werden.

Das Optimum der Bewegung und Ruhe muß herausgefunden werden (Lange). Der leitende Grundsatz ist: „Bewegung ohne Belastung". Bei Fettleibigen ist eine Entfettungskur Vorbedingung für eine erfolgreiche Behandlung. Bei vorübergehender Steigerung der Schmerzhaftigkeit ist die Bewegung auszusetzen und ein Extensionsverband anzulegen.

In sehr schmerzhaften und in weiter vorgeschrittenen Fällen ist die Behandlung im entlastenden und distrahierenden Schienenhülsenapparat angebracht. Die Schmerzen verschwinden rasch, und durch Fortfall des ständigen Reizes bei der Reibung der Gelenkflächen aneinander kann der Prozeß zum Stillstand kommen. Der Apparat soll ständig etwa ein Jahr lang getragen werden. Massage der Muskulatur und sorgfältige Hautpflege sind nötig.

Die durch Stellungsabweichungen im Bereiche der Extremität gestörte statische Einheit des Beines (Albert) disponiert nach Preiser durch falsche Belastung der Gelenkflächen zur Arthritis deformans. Die Hauptaufgabe der Therapie ist daher nach Preiser die Korrektur von Stellungsabweichungen im Bereiche der Extremität.

Vaselin- oder Oelinjektionen ins Gelenk (Büdinger, Rovsing, Müller) sollen die Gelenkflächen vor Verletzungen an Rauhigkeiten schützen. Abnahme der Schmerzen und der Funktionsstörung sind darnach beobachtet.

Epidurale Injektionen von Kochsalzlösung beseitigen die lästigen Ischiadicus- und Cruralis-Schmerzen. Schädigungen wurden nicht beobachtet. Größere Ergüsse werden punktiert, das Gelenk mit 3 % Karbollösung ausgewaschen und später mit Heißluft nachbehandelt.

Bei völliger Unbeweglichkeit und fehlerhafter Stellung kommt kommt nur ein operatives Verfahren in Frage.

Die Lorenzsche Inversion — gewaltsame Mobilisierung und Fixation in rechtwinkliger Abduktion im Gipsverband für drei Wochen — ist in Fällen mit starker Osteophytenbildung wegen der Gefahr der Fettembolie nicht brauchbar.

Wenn es bei ankylotisch gewordener Adduktionskontraktur durch die völlige Verhakung der Osteophyten bereits zum Aufhören der Schmerzen gekommen ist, genügt die Stellungsverbesserung durch die subkutane subtrochantere Osteotomie, um die Kranken völlig beschwerdefrei zu machen. Ist die wirkliche Verkürzung beträchtlich, so muß die Osteotomia obliqua ausgeführt und durch kräftige permanente Extension die Verkürzung ausgeglichen werden.

Albee stellt bei Arthritis deformans coxae eine knöcherne Ankylose in günstiger Stellung her, indem er die obere Hemisphäre des Kopfes und das obere Pfannendach mit dem Meißel horizontal reseziert und durch die Abduktion des Beines die Knochen-Wundflächen aufeinander bringt und in dieser Stellung verheilen läßt.

Jones erhält durch eine Pseudarthrose die Beweglichkeit. Den Kopf läßt er aber in der Pfanne, um durch die Enukleation keinen Schock zu verursachen. Trochanter und Kopf werden ab-

gemeißelt und beider Wundflächen aufeinander genagelt um Callusbildung zu verhüten.

Mit der Resektion konkurrieren heute die vorhin genannten Verfahren und die Abmeißelung der Knochenwucherungen. Hildebrand „modellierte" zuerst den Kopf wieder zu normaler Größe und Gestalt. Um eine gute Beweglichkeit zu sichern, ist eine lange und sorgfältige medikomechanische Nachbehandlung nötig. Unvollständige Operationen haben meist Herabsetzung oder Beseitigung der Schmerzen und Herstellung einer ganz guten Funktion zur Folge (Wollenberg).

Die Resektion war früher oft das einzige Mittel, die Kranken von ihren Beschwerden zu befreien. Greise und Fettleibige sind von ihr auszuschließen. Jugendliches Alter, traumatische Entstehung und kurze Dauer geben eine gute Prognose. Die Ausführung der Operation ist wegen der Knochenwucherungen oft schwierig. Die Erfolge sind wechselnd. Der funktionelle Erfolg bleibt gewöhnlich hinter der Besserung der Beschwerden zurück. Rezidive sind nicht selten.

Die Zusammenstellung umfaßt 103 Fälle, darunter 17 aus der Klinik des Herrn Geheimrats Hildebrand. Gebessert oder beschwerdefrei wurden durch: 1. Uebungsbehandlung (13 Fälle) 92,3 %; 2. Hyperämiebehandlung (5 Fälle) 60 %; 3. Hydrotherapie (1 Fall) 100 %; 4. Entlastungsapparate (3 Fälle) 66,6 %; 5. Fettinjektionen (1 Fall) 0 %; 6. Lorenzsche Inversion (1 Fall) 100 %; 7. Subtrochantere Osteotomie (2 Fälle) 100 %; 8. Arthrodesenoperation nach Albee (6 Fälle) 100 %; 9. Modellierung und Abmeißelung (11 Fälle) 91,7 % und 10. durch Resektion (19 Fälle) 70,4 %.

Von operativen Verfahren ist nach dem Ergebnis dieser Zusammenstellung der Albeeschen Operation und der Abmeißelung und Modellierung nach Hildebrand vor der Resektion der Vorzug zu geben.

Lebenslauf.

Ich, Rudolf Lohse, wurde am 15. 12. 1892 als Sohn des Oberpostsekretärs August Lohse und seiner Ehefrau Anna geb. Kruse in Salzwedel geboren. Ich besuchte zunächst die Volksschule meiner Vaterstadt, dann das Kgl. Gymnasium in Nakel (Netze) und das Melanchton-Gymnasium zu Wittenberg, welches ich Ostern 1912 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Zwei vorklinische Semester verbrachte ich in Tübingen und siedelte Ostern 1913 nach Berlin über. Am 24. Juli 1914 bestand ich die ärztliche Vorprüfung. Am 4. August 1914 trat ich als Kriegsfreiwilliger in das Königin-Augusta-Garde-Grenadier-Regt. Nr. 4 ein. Ein Jahr war ich Sanitätsgefreiter und -unteroffizier beim 3. Garde-Regt. z. F. im Felde. Vom Febr. 1916 an gehörte ich als Feldunterarzt und Feldhilfsarzt zur Sanitätskompagnie 3 des Gardekorps. In den beiden letzten Kriegsjahren tat ich aushilfsweise Dienst als Bataillons- und Abteilungsarzt bei den Regimentern der 5. Garde-Inf.-Division. Im Februar 1919 nahm ich mein Studium in Berlin wieder auf und bestand dort am 12. August 1920 die ärztliche Staatsprüfung.